

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

CHRISTOS S. VLACHOS

L'OCCLUSION INTESTINALE

PAR

FIBRO-MYOME DE L'UTÉRUS

Président de thèse : M. le Professeur J.-L. FAURE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie descriptive		MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale			CUNÉO.
Histologie			PRENANT.
Anatomie pathologique			LETULLE.
Chimie			DESGREZ.
Physique			André BROCA.
Parasitologie			BRUMPT.
Bactériologie			BEZANÇON.
Physiologie			RICHER.
Pathologie expérimentale			ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales			Marcel LABBÉ.
Pathologie externe			LECÈNE.
Pathologie interne			RÉNON.
Pharmacologie			POUCHET.
Thérapeutique			CARNOT.
Opérations et appareils			Pierre DUVAL.
Hygiène			Léon BERNARD.
Médecine légale			BALTHAZARD.
Histoire de la médecine			MÉNÉTRIÉR.
	Hôtel-Dieu		GILBERT.
Cliniques médicales {	Beaujon		ACHARD.
	Cochin		WIDAL.
	Saint-Antoine		CHAUFFARD.
Clinique thérapeutique de la Pitié {	Hôtel-Dieu		VAQUEZ.
	Saint-Antoine		HARTMANN.
Clinique chirurgicale {	Cochin		LEJARS.
	Salpêtrière		DELBET.
	Tarnier		GOSSET.
Clinique obstétricale {	Baudelocque		BAR.
	Pitié		COUVELAIRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques			BRINDEAU.
— des maladies infectieuses			JEANSELME.
— des maladies nerveuses			TEISSIER.
— des maladies mentales			P. MARIE.
— infantile médicale			X.....
— d'hygiène de la première enfance			NOBÉCOURT.
— infantile chirurgicale			MARFAN.
— des voies urinaires			Auguste BROCA.
— gynécologique			LEGUEU.
— ophtalmologique			FAURE.
— oto-rhino-laryngologique			DE LAPERSONNE.
Physiologie appliquée à l'éducation physique			SEBIL EAU.
			LANGLOIS, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LAIGNEL-LAVASTINE	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FISSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBOULLET.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GULLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES SŒURS

A MES FRERES

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. L. FAURE,
Professeur de la Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Broca.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY,

Chef des travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
ne nous a pas ménagé ses conseils ni sa grande
expérience.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de
notre bien vive reconnaissance, et de notre res-
pectueux dévouement et accepter tous nos plus
sincères remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Le sujet de ce travail a été inspiré par le Dr Douay, qui a bien voulu mettre à notre disposition un cas très intéressant d'occlusion intestinale par fibromyome de l'utérus, qu'il a observé pendant la guerre dans le secteur des Vosges.

Il s'agissait d'un fibrome, enclavé subitement dans le bassin. Ne pouvant l'opérer, il essaya de réduire l'enclavement et fut assez heureux d'y réussir. Il eut l'occasion de revoir sa malade à Paris ces mois derniers; quel ne fut pas son étonnement en constatant la disparition complète du fibrome.

Nous rapporterons cette observation dans tous ses détails et nous essayerons de montrer l'intérêt qu'elle présente. Nous rapprocherons de ce cas une observation d'une malade, soignée dans le service de M. J. L. Faure.

Il s'agit d'un gros fibrome abdominal traité par le radium. Dans ce cas, la régression du fibrome a permis sa chute dans le pelvis, ce qui a provoqué des accidents de compression, accidents relativement légers, surtout douloureux.

Lorsqu'un fibrome abdominal diminue de volume,

il arrive un moment où il quitte la cavité abdominale pour descendre dans le bassin, à ce moment des accidents peuvent se produire, soit graves (Obs. 1), soit atténués (Obs. II). En même temps, dans les deux cas, est apparu du prolapsus génital.

Nous rappellerons à ce sujet certains détails de la pathologie de l'occlusion intestinale par les fibromes. Nous insisterons aussi sur les caractères particuliers de cette variété rare d'occlusion intestinale, et sur son traitement chirurgical.

Nous tâcherons de tirer quelques remarques de ces observations au point de vue de la radiothérapie des fibromes, en montrant que la régression du volume d'un fibrome sous l'influence de la radiothérapie peut parfois provoquer des accidents mécaniques, accidents qui ne se seraient pas produits si le fibrome eut été traité chirurgicalement.

HISTORIQUE

Dans les Bulletins de la Société de Chirurgie de 1873 se trouve un mémoire de Faucon, intitulé « D'une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes ».

L'auteur en rapporte plusieurs cas, dont un personnel et un autre dû à Nélaton.

En lisant ce mémoire, on en tire de suite cette conclusion que ce ne sont pas les tumeurs les plus volumineuses qui prédisposent le plus à l'étranglement; quand les fibroïdes atteignent de fortes proportions, ils s'élèvent d'ordinaire au-dessus de l'excavation pelvienne et l'intestin échappe à une compression excessive. Les tumeurs les plus redoutables sous ce rapport, offrent au contraire un volume relativement restreint; elles agissent sur le rectum soit par leur propre poids, soit par leur expansion, en remplissant d'une manière étroite l'excavation pelvienne.

Pellanda (La mort par fibro-myomes de l'utérus, Thèse de Lyon, 1905) a pu réunir 20 cas publiés d'accidents d'occlusion intestinale par fibrome utérin.

Ils sont dûs soit au pincement d'une anse grêle entre le fibrome et le bassin (cas de Gullingworth de

Reuter), soit à l'étranglement sur une bride, soit au coincement brusque du rectum dans la concavité sacrée par suite de la bascule en arrière de la tumeur.

Pozzi, dans son *Traité de gynécologie*, s'exprime en ces termes :

« Dans les corps fibreux enclavés dans le petit bassin, ou pelviens, la compression du rectum peut donner lieu à l'étranglement interne et amener la mort ».

Pour Labadie et Legueu « L'intestin et le rectum, ce dernier surtout, sont troublés dans leur fonctionnement, une constipation opiniâtre apparaît que seuls les purgatifs répétés, les lavements donnés avec une longue canule parviennent à vaincre. Des accidents d'occlusion intestinale se développent quelquefois avec une intensité telle qu'il faut y remédier vite par une opération ».

Chavannaz (*Revue mens. gynécologie* Bordeaux, 1901. — Deux cas d'intervention pour occlusion intestinale par fibrome utérin) nous apporte deux observations de cas d'occlusion causée par des fibromes utérins ignorés des patientes et ne s'étant signalés que par des symptômes tout à fait frustes.

Pour la première fois, un chirurgien pratique l'anus contre nature dans ce genre d'occlusion, réussit à faire disparaître les accidents graves d'occlusion intestinale et pratique ensuite dans les meilleures conditions possibles, l'opération radicale. Tuffier et de Rouville ont fait au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique, tenu à Lisbonne du 19 au 26 avril 1906, un rapport sur le traitement des fibro-myomes utérins.

Ils ont dit quelques mots sur la conduite à tenir quand ces tumeurs se compliquent d'occlusion intestinale.

Tuffier ajoute qu'il a appliqué plusieurs fois avec succès la méthode antérieurement suivie par Chavannaz et décrite plus haut.

Les traités classiques actuels signalent la compression de l'intestin par les fibro-myomes et insistent sur l'auto-intoxication qui en résulte.

Il s'agit là de l'obstruction intestinale. Celle-ci pouvant aboutir peu à peu à l'occlusion complète.

Notre observation est un cas d'occlusion aiguë par enclavement brusque de fibrome. Pour qu'un tel accident puisse se produire, il faut des circonstances particulières que nous étudierons au cours de cette thèse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

L'occlusion intestinale par fibro-myome utérin se produit par des mécanismes divers. L'occlusion par compression est la plus ordinaire. Il peut y avoir également étranglement de l'intestin, soit par brides, soit par adhérences développées dans le voisinage de la tumeur.

Pour que l'occlusion par compression soit possible, trois conditions sont nécessaires :

a) L'existence d'un plan résistant sur lequel la compression du segment intestinal puisse s'effectuer. Ce plan résistant est constitué par les parois pelviennes.

b) L'immobilisation de l'intestin sur ce plan de façon qu'il ne peut échapper à la pression.

Cette immobilisation est réalisée soit par des adhérences (anses grêles), soit par le meso (colon pelvien).

c) L'augmentation du volume du fibrome, ou son enclavement plus étroit dans le fond du bassin.

A côté de cette occlusion par compression il peut y avoir de l'occlusion par brides et adhérences.

L'occlusion par ce mécanisme est beaucoup plus rare. Nous n'insisterons que sur quelques particularités. Pour que des adhérences se produisent, il faut des phénomènes inflammatoires. Cette inflammation de la séreuse péritonéale voisine, vient souvent des salpingites qui accompagnent souvent le fibrome. Quand le fibrome primitivement intra-abdominal entre en voie de régression après la ménopause, il diminue de volume, et tombe dans la cavité pelvienne: l'anse entraînée pourra se couder au niveau de la portion adhérente, d'où occlusion.

Des brides peuvent exister entre les parois de la tumeur et les organes voisins, brides sous lesquelles des anses peuvent venir se loger et être étranglées.

Les troubles urinaires sont très fréquents et sont dûs à la compression vésicale. Le col et le bas-fond vésical peuvent être comprimés contre la symphyse, soit par le fibrome, soit par le col utérin repoussé en avant par le fibrome basculé dans le Douglas. La rétention d'urine qui en est la conséquence peut aboutir à la miction par regorgement et à une véritable incontinence.

Les troubles de compression du côté des nerfs du bassin sont signalés dans beaucoup d'observations de fibrome pelvien enclavé. Nous ne pensons pas qu'on ait jamais observé de paralysie des membres inférieurs. Dans notre observation, nous voyons survenir en même temps que les phénomènes d'occlusion intestinale, une parésie des membres inférieurs, telle que la malade a de la peine à remuer les jambes dans

son lit, elles sont lourdes et inertes, sans douleur vive.

Si la malade veut se lever, elles se dérobent sous elle. Il y a là une véritable paralysie incomplète portant sur les deux nerfs sciatiques. Ces troubles persistent après la réduction du fibrome et les mouvements commencent à revenir le 3^e jour.

Il s'agit là d'un trouble de compression fort rare que nous tenons à signaler.

ETIOLOGIE

L'occlusion intestinale par les fibro-myomes de l'utérus est un accident rare.

On rencontre souvent de la constipation tenace chez les femmes atteintes de fibromes, mais à un degré tel qu'on ne soit obligé d'intervenir d'urgence.

La rareté de cette complication tient surtout à des faits anatomiques.

Nous avons vu que l'occlusion était due soit à un enclavement (Obs. I), soit à des adhérences (Obs. II).

L'enclavement d'un fibrome est un phénomène fréquent, il produit dans ce cas surtout des troubles urinaires, des phénomènes douloureux de compression pelvienne, mais il est exceptionnel que l'intestin soit comprimé de façon telle qu'il amène l'occlusion. Nous avons eu l'occasion d'entendre dire par M. le Professeur Querin, dans une de ses cliniques à l'hôpital Cochin, qu'il n'avait jamais obtenue l'occlusion vraie par enclavement de fibrome et qu'il ne croyait pas à la réalité de ces faits. Pourquoi en est-il ainsi ? Le fibrome n'est pas absolument arrondi et il suffit d'une bosselure pour créer un défilé, entre la paroi pelvienne et la tumeur, que le colon pelvien trouvera et suivra

grâce à sa mobilité. Le cours des matières n'est pas même gêné.

Il y a des cas de fibrome pelvien énorme, sans aucun trouble digestif ni constipation. C'est un problème pour savoir comment l'intestin peut passer dans ce pelvis encombré.

Il faut pour que l'occlusion existe que le fibrome soit rond, comme la tête d'un enfant à terme, et qu'il présente exactement le diamètre du pelvis.

Il faut ensuite, comme dans notre observation, qu'il soit poussé brusquement par un effort abdominal au fond du pelvis : il s'y coince et la distension de l'abdomen par l'occlusion ne fait qu'accroître cet enclavement.

Dans la deuxième condition, l'occlusion est due à des adhérences au pourtour du fibrome. L'intestin fixé par ces adhérences peut se couder, se tordre, et peut être comprimé par un noyau fibreux.

Ainsi, dans l'observation de Chavannaz, la tumeur fibreuse n'est pas volumineuse (1 gros œuf), mais l'intestin y est adhérent et l'occlusion est possible.

L'occlusion intestinale par fibrome se produit avec un maximum de fréquence au moment de la ménopause.

Mazel (Thèse de Bordeaux, 1906) nous apporte une statistique d'une quarantaine de cas où l'on voit que le maximum de fréquence s'observe aux environs de la ménopause.

27 ans : 1 cas ;

30-40 ans : 7 cas ;

40 à 50 ans : 15 cas;

50 à 60 ans : 4 cas;

60 à 70 ans : 2 cas.

Norte observation donne quelques éclaircissements à ce sujet. Quand un fibrome se développe, il est d'abord pelvien jusqu'au moment où son volume le fait remonter dans la grande cavité. A un certain moment il peut remplir l'excavation pelvienne et il menace de s'enclaver. Mais cette éventualité est lente à se produire car l'intestin a de lui-même trouvé la bonne place qui lui permet de chasser les matières fécales vers l'intérieur. En supposant que le cours des matières fécales soit gêné, des phénomènes de constipation apparaissent, voir de l'obstruction, mais ce n'est pas encore l'occlusion.

En général, ces troubles sont assez marqués lorsqu'un médecin est consulté. L'opération devient délicate dans ces conditions.

Une fois que le fibrome a gagné l'abdomen, il est à l'aise et n'a plus aucune raison de comprimer l'intestin.

A la ménopause le volume du fibrome diminue, il peut atteindre à un moment donné la grosseur et la forme d'une tête d'enfant à terme. C'est le moment dangereux.

Il suffira d'une poussée violente pour que le fibrome descende dans le bassin, et l'occlusion brusque avec ses accidents apparaît, c'est ce qui s'est produit pour notre malade.

Lawson-Tait écrit que c'est précisément pendant la

ménopause que les fibromes déterminent le plus fréquemment des accidents nécessitant l'intervention chirurgicale; c'est la vérité et spécialement pour l'occlusion.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne voulons pas étudier tous les symptômes de l'occlusion intestinale, nous étudierons seulement les particularités que peut présenter l'occlusion intestinale par fibro-myome de l'utérus.

Le début de l'occlusion est ordinairement précédé de phénomènes d'obstruction intestinale. La constipation devient peu à peu opiniâtre, les laxatifs restent sans effet, les lavements même administrés avec la sonde rectale en caoutchouc ne produisent plus d'évacuation de matières. La malade souffre de coliques, son ventre se ballonne, et c'est alors seulement, avec plusieurs jours, voir même plusieurs semaines d'aggravation progressive, que les accidents d'occlusion vraie éclatent, arrêt complet des gaz et vomissements.

Dans des cas plus rares, notre observation en est un exemple frappant, le début est brusque. A l'occasion d'un effort, d'un traumatisme, d'une chute, cause dans notre observation, la malade ressent une douleur dans le bas-ventre; quelque chose s'est déplacé dans le ventre.

A partir de ce moment les coliques apparaissent.

tenesme rectal sans résultat, l'arrêt des gaz se produit et les phénomènes d'occlusion aiguë se produisent.

La douleur est variable comme intensité et comme siège, suivant le segment intestinal comprimé. Quand l'étranglement porte sur l'intestin grêle, ce qui est exceptionnel, elle est ordinairement violente, le ventre tout entier est vite douloureux.

Si la compression porte sur l'S iliaque, la douleur est moins forte.

Quand l'occlusion porte sur le rectum et la terminaison du colon pelvien, la douleur est le plus souvent modérée ou même nulle. Parfois cependant quand elle existe, elle siège dans l'hypogastre, avec irradiations dans les lombes, dans les fesses et dans les cuisses.

Les vomissements sont précoces dans l'occlusion de l'intestin grêle, plus tardifs dans l'occlusion de l'S iliaque. Ordinairement alimentaires, puis bilieux, ils finiraient par devenir fécaloïdes si l'obstacle n'était pas levé.

L'arrêt des matières et des gaz, qui constitue le symptôme capital de l'occlusion, survient plus ou moins rapidement suivant que l'oblitération du canal intestinal est progressive ou brusque. Dans le premier cas les matières peuvent passer, mais elles sont plus ou moins déformées (aplaties, rondes) jusqu'à ce que survienne l'arrêt complet de la circulation intestinale (Obs. IV). Dans le deuxième cas l'arrêt est total dès le début. En règle générale, l'occlusion est à forme aiguë, quand elle se fait au niveau du détroit supé-

rieur; elle est chronique, au contraire, quand elle siège plus bas et se traduit par des crises de constipation opiniâtre, vaincue seulement par un traitement médical énergique et répété jusqu'à ce que l'occlusion devienne absolue.

Dans l'occlusion intestinale par fibrome, la rétention d'urine est très fréquente. Quelquefois elle passe inaperçue, la vessie se distend et se vide par regorgement.

Il faut y penser pour la dépister et faire par cathétérisme l'évacuation de la vessie.

Les signes généraux donnent peu de renseignements; la température est presque normale, le pouls devient plus rapide à mesure que l'organisme s'intoxique, la respiration est gênée par le ballonnement de l'abdomen.

Les signes physiques, et spécialement le toucher vaginal, donnent des renseignements capitaux.

A l'examen, le ventre est ballonné, météorisé, la pression sur le bas-ventre est douloureuse; il est habituellement impossible de sentir le fibrome, dont la masse est profondément située dans le bassin et masquée par la distension abdominale. Cette distension porte sur l'ensemble de la masse intestinale, le cadre colique est rempli de gaz.

Le toucher vaginal montre que le bassin est rempli par une tumeur dure qui descend très bas dans le Douglas, lisse, régulière, quelquefois bosselée, de consistance ferme. Lorsque le col est fortement reporté

en avant, c'est qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure de l'utérus, ou que ce dernier est parfois en rétroflexion. Dans ce cas il s'agit d'une rétroversion utérine ancienne sur laquelle s'est développé un fibrome.

Le toucher rectal confirme les données de l'examen vaginal, le doigt est arrêté à quelques centimètres du canal anal par la masse fibreuse. On reconnaît que toute l'excavation est remplie et que le doigt ne parvient pas à s'engager dans le défilé intestinal, il y a bien aplatissement du rectum par la tumeur.

Dans d'autres cas la compression du rectum est moins serrée et le doigt trouve avec un peu de difficulté le calibre de l'intestin, mais il est aussi plus haut, vers le promontoire; l'obstacle siège sur l'S iliaque. Il est intéressant dans cet examen de se rendre compte du degré de l'enclavement. Le fibrome paraît-il faire corps avec le squelette du bassin? Au contraire paraît-il s'ébranler sous la poussée du doigt et présente-t-il des mouvements infimes qui font présager sa réduction possible? C'est ce qui a été fait au cours de l'examen de notre première malade et a laissé croire à juste titre que l'enclavement était réductible.

L'histoire de la malade nous donne quelques renseignements. Y avait-il avant les accidents d'occlusion un fibrome diagnostiqué? Chez notre malade, ce diagnostic n'avait pas été fait. Ce qui prouve, une fois de plus, qu'une femme peut porter sans le savoir une volumineuse tumeur dans l'abdomen.

Par l'interrogatoire, nous recherchons les ménorragies, les métrorragies.

Chez notre malade, avant d'avoir sa ménopause, elle avait eu des pertes de sang pendant plusieurs années. Nous recherchons aussi les troubles de compression pelvienne, névralgie, hémorroïdes, constipation, mictions fréquentes.

Ces petits troubles n'ont plus d'intérêt au moment présent, mais ils avaient dû attirer l'attention de la malade et de son médecin vers la possibilité d'un fibrome.

Le diagnostic, avant les accidents d'occlusion, aurait permis avec l'exérèse d'éviter cette complication grave.

OBSERVATION I

Mme D..., 55 ans, deux enfants, sans antécédents notoires, s'aperçoit que son ventre grossit progressivement, sans douleurs pendant l'année 1916, en même temps perçoit des règles, des métrorragies avec caillots.

En 1917 ménopause.

En mars 1918, M. le docteur Douay étant chirurgien du secteur à Neufchâteau (Vosges), est appelé par son collègue le docteur Revenchon, de Nancy, auprès de cette malade, présentant des signes d'occlusion intestinale. Depuis trois jours, arrêt complet des matières et des gaz, ballonnement du ventre, vomissements. Les accidents ont débuté huit jours auparavant. Le dimanche matin, la malade fait une chute, elle glisse sur le dos toutes les marches du perron, elle a la sensation que

quelque chose s'est déplacé dans le bas-ventre, elle souffre des reins et se couche. Depuis ce moment elle ne va plus à la selle, les gaz passent, les urines sont fréquentes, très peu abondantes. Après quelques lavements sans effet, elle se purge; le septième jour des coliques violentes apparaissent. Un lavement pris dans l'intention de faciliter l'effet de la purgation reste sans résultat.

A partir de ce moment l'état s'aggrave, les gaz ne passent plus, les vomissements apparaissent. Les jambes sont très faibles, elles sont comme paralysées et ne sont plus capables de supporter le poids du corps.

A l'examen on trouve un fibrome pelvien de la grosseur d'une tête d'enfant enclavé dans le bassin. L'occlusion mécanique est complète; au toucher rectal le doigt est arrêté à 5 ou 6 cent. de l'anus. A ce moment les vomissements sont espacés, ayant mauvais goût; entre ces vomissements la malade a une odeur de matières dans la bouche. Pas de fièvre, le pouls est bon, un peu rapide; l'état général est satisfaisant. Ne pouvant faire transporter immédiatement la malade à l'ambulance on essaie prudemment la réduction manuelle.

En deux reprises, avec un repos intermédiaire de dix minutes, les manœuvres réussissent et le fibrome passe dans l'abdomen. La malade se sent soulagée. Les gaz commencent à sortir après quelques heures; c'est seulement quatre jours après que le cours normal des matières se produit. La paralysie partielle des membres inférieurs cède dès le troisième jour.

Il conseille à la malade de se faire opérer sans tarder davantage. Il revoit la malade en septembre 1918; il trouve un fibrome mobile rond, sans bosselure, il a diminué de volume, il est moins œdémateux, plus ferme; aucune perte ne s'est produite.

Il persévère dans son conseil d'opérer.

En août 1919, la malade vient à Paris et M. Douay constate avec stupéfaction que le fibrome a disparu, l'excavation est libre; rien dans l'abdomen.

Le corps utérin est peu volumineux et il a senti à la partie antéro-latérale gauche une petite masse ronde, dure, mobile, paraissant rattachée au corps utérin par un pédicule; la grosseur est d'une noix. C'est bien certainement ce qui reste du gros fibrome constaté l'année précédente.

Le col est gros, un peu mou.

En novembre 1919 la malade revient, présentant quelques petites pertes de sang.

L'utérus est toujours petit, avec son noyau fibreux. Le col, gros, laisse sortir par son orifice un petit polype de la grosseur d'un noyau de cerise. Ablation immédiate du polype.

En mars 1922 revue en bon état; pas de perte, col ferme; corps dur avec son petit noyau fibreux, mobile, grosseur d'une petite prune. On constate en outre un prolapsus génital; le col est à la vulve avec cystocèle et rectocèle. Une périnéorrhaphie est proposée et acceptée.

OBSERVATION II

Occlusion intestinale par fibrome utérin. — Laparatomie. — Mort. — Chavannaz (*Revue mens. Gynécol.*, Bordeaux, 1901).

Il s'agit d'une femme de 49 ans, toujours bien portante; elle a mené à bien quatre grossesses.

Les accidents ont débuté le 27 août 1901. A cette date elle ressent dans l'abdomen quelque chose d'indéfinissable, comme si le ventre se démolissait, mais sans douleurs ni vomissements. Le lendemain 28 on constate la présence d'une tumeur hypogastrique qui lui semble

devoir être rattachée à l'utérus; les culs-de-sacs vaginaux sont libres. Les règles, toujours régulières, datent d'une dizaine de jours; elles ont été suivies d'une petite reprise de l'écoulement sanguin pendant quatre jours. Il y a une légère élévation de température. Le traitement consiste en lavements, rhubarbe et application de glace sur l'abdomen. Le 1^{er} septembre apparaissent les vomissements, suppression des gaz et des matières. Le 2 septembre vomissements fécaloïdes; ces vomissements persistent le lendemain avec douleurs très vives dans tout le ventre; la malade ne rend ni gaz ni matières par l'anus, malgré une limonade purgative prise le matin même. Au toucher vaginal col petit, non induré; il n'y a rien dans les culs-de-sac, et l'utérus, autant qu'on peut en juger, est légèrement mobilisable.

Le facies est grippé, le pouls est à 104, la température à 37° 2; il n'y a rien à l'auscultation du poumon. Le toucher rectal ne décèle aucun effacement du rectum.

En raison extrême de la situation la malade est transportée à l'Hôpital et on a pratiqué un anus contre nature.

En suivant l'intestin grêle vers le petit bassin on constate que l'anse grêle terminale passe en arrière d'une tumeur dure qui fait corps avec l'utérus. L'anse grêle est réunie à la tumeur par des adhérences fibrineuses faciles à détacher; elle est comprimée entre la face postérieure de la tumeur et l'angle sacro-vertébral.

Dans la zone comprimée, l'intestin est très fortement congestionné, mais il n'est le siège d'aucun processus de mortification. Au-dessus de la partie comprimée l'intestin grêle reprend brusquement son aspect normal, sauf qu'il est à ce niveau et au-dessus également très fortement distendu. Malheureusement pendant qu'on essayait d'évacuer l'intestin, la malade était prise de vomissements; elle rejette une quantité énorme de matières

fécaloïdes qui, malheureusement, pénètrent en partie dans la trachée; il y a brusquement arrêt de la respiration et du pouls et la mort arrive immédiatement.

A l'autopsie, on ne trouve aucune altération de la continuité de l'intestin, aucune tumeur de ses tuniques. On voit nettement la partie qui était comprimée par la tumeur.

La tumeur, cause de l'occlusion, consiste en un fibrome à peu près régulièrement ellipsoïdal, implanté sur le fond de l'utérus par un large pédicule.

L'utérus lui-même est petit, il ne mesure en totalité et extérieurement que 5 cent. de hauteur; le fibrome mesure 16 cent. $\frac{1}{2}$ dans le sens vertical.

L'utérus et le fibrome pèsent 460 grammes.

Point particulier : l'angle sacro-vertébral est extrêmement aigu, très saillant en avant. La distance mesurée de cet angle au bord supérieur de la face postérieure de la symphyse pubienne est de 10 cent. $\frac{1}{2}$.

OBSERVATION III

Occlusion intestinale par fibrome utérin. — Laparatomie. — Anus contre nature. — Guérison (Chavannaz).

Mlle X..., 48 ans, ne trouve à signaler dans ses antécédents morbides qu'une chute d'escarpolette à l'âge de 16 ans. Sauf dans les jours qui ont suivi cette chute accidentelle, Mlle X... ne se rappelle jamais avoir gardé le lit, mais toute sa vie elle a dû lutter contre la constipation.

Cette constipation s'est accentuée dans les derniers mois pour prendre une tournure inquiétante et quand M. Chavannaz était appelé par le médecin de la malade il y a douze jours que Mlle X... n'a rendu ni gaz ni matières par l'anus, malgré les purgations, les lavements

et l'entérolyse utilisés. Au moment de l'examen on note les détails suivants : le ventre est très volumineux, beaucoup plus développé que celui d'une femme à terme; il y a du ballonnement jusque dans la région épigastrique, mais la forme du ventre est régulière. Le visage est altéré, la malade se plaint de nausée et de douleurs abdominales intolérables qui empêchent tout repos.

A la palpation on ne trouve aucune induration localisée. La percussion dénote un peu de matité dans le flanc.

Par le toucher rectal, on sent l'utérus comprimant fortement le rectum dont il efface la lumière, le doigt ne peut atteindre la limite supérieure de la compression.

Le toucher vaginal assez pénible montre un col sain se continuant avec un corps utérin porté en arrière et qui paraît volumineux. Le doigt ramène un peu de sang d'origine menstruelle. Au reste, les règles sont régulières, non douloureuses, mais dans les six derniers mois elles ont un peu augmenté d'importance. Température normale.

Le diagnostic est celui d'occlusion intestinale à marche chronique due probablement à une compression par fibrome utérin. Mais en raison de l'échec du traitement médical, une intervention chirurgicale semble indiquée. Les anses sont extrêmement distendues, surtout celles du gros intestin; la distension porte jusque sur le côlon pelvien. Dans la position de Trendelenburg, la main droite introduite dans l'abdomen permet de trouver avec quelques difficultés le corps utérin.

Ce corps utérin porte sur son fond un petit fibrome du volume d'une amande, et sur sa face postérieure un fibrome sessile du volume d'un œuf. Le corps fibreux est très fortement porté en arrière; la main peut facilement

le mener en avant, mais dès qu'on l'abandonne il retombe en arrière comme mû par un ressort.

En raison de la distension extrême des anses intestinales, il ne saurait s'agir de pratiquer l'hystérectomie abdominale, et on se décide à faire un anus contre nature, quitte à intervenir soudainement pour faire disparaître la cause de l'occlusion.

Revue le 7 décembre, Mlle X... est en parfait état, l'appétit est excellent; le toucher vaginal montre toujours un utérus volumineux en rétroversion, très peu mobile, et qui devra être extirpé dans une prochaine intervention.

DIAGNOSTIC

A priori, il semble que le diagnostic soit toujours chose facile. Généralement, en effet, il en est ainsi. Chez une femme présentant des symptômes d'occlusion, le médecin n'oubliera jamais de pratiquer le toucher vaginal et la tumeur, cause de tout le mal, sera reconnue sans compter que, dans les antécédents de la malade, on aura pu constater des troubles de compression et des métrorragies.

C'est ce qui a été fait dans notre observation I et, quoique les symptômes d'occlusion aient éclaté chez une femme porteuse d'une tumeur ignorée, le toucher vaginal permit de faire immédiatement le diagnostic causal.

Dans des cas plus rares, le météorisme énorme empêche l'exploration, la douleur gêne le toucher et le diagnostic reste en suspens : c'est ainsi, par exemple, que chez la première malade de M. Chavannaz on a seulement diagnostiqué le siège de l'occlusion, mais on a méconnu l'origine.

Dans le second cas de M. Chavannaz on a fait le diagnostic en se basant sur les constatations fournies par le toucher rectal et aussi en tenant compte des anamnestiques.

Deux cas peuvent se présenter :

Le fibrome est connu.

Tout d'abord on doit se demander si c'est bien à la tumeur qu'est due l'occlusion.

On devra rechercher s'il n'existe pas d'autres causes d'occlusion (hernie par exemple).

Les antécédents seront utiles. Ils pourront nous apprendre que le début des accidents est survenu après une chute. Supposons qu'une péritonite ancienne ayant déjà existé, si l'occlusion a eu un début brusque et si le fibrome ne paraît pas par son siège être capable de comprimer l'intestin, il s'agira alors très probablement d'une occlusion par bride.

Mais on se rappellera aussi que l'intestin adhérent à la tumeur peut se couder quand celle-ci se déplace.

Le fibrome n'est pas connu.

Par les antécédents nous apprenons l'existence de troubles habituels au fibrome, et spécialement les règles augmentées en abondance et en durée.

Nous reconnaissons la forme du ventre : le ballonnement porte sur l'ensemble de l'abdomen, ce qui nous laisse supposer un obstacle bas situé. Dans ce cas le toucher vaginal et rectal s'impose. Il serait bien invraisemblable que la douleur et la distension intestinale puissent nous empêcher de reconnaître la cause du délit sous forme de tumeur utérine distendant le Douglas.

Le diagnostic devrait même être fait à l'apparition des accidents aigus. Toutes les fois qu'une femme se plaint de constipation opiniâtre, de sensation de corps

étranger dans le rectum l'invitant à se présenter à la garde-robe sans résultat, ou qu'elle présente des signes d'obstruction intestinale, le médecin devra chercher l'existence possible d'un fibro-myome.

Si, par son siège, le fibrome paraît devoir être dans l'avenir une cause d'occlusion, on pourra l'extirper et épargner ainsi à la malade les risques d'une opération pratiquée avec un mauvais état général consécutif aux troubles provoqués par la stase des matières intestinales. Le traitement sera donc surtout préventif, c'est ce qui fait la rareté de l'occlusion vraie par fibrome.

TRAITEMENT

Les interventions sur fibrome en cas d'occlusion intestinale sont des opérations graves. Avant la période antiseptique il n'était pas question d'opérer; le traitement consistait à rétablir la circulation intestinale en sondant le rectum, en donnant des purgatifs énergiques et des lavements répétés. La manœuvre qu'on essayait de faire était le désenclavement de la tumeur. Cette manœuvre réussit parfois puisqu'elle a donné un succès dans l'observation I.

C'est ainsi que Kidd, qui prétend avoir vu un grand nombre de tumeurs fibreuses de l'utérus comprimant le rectum, luttait contre l'obstruction intestinale par l'introduction dans le rectum d'un ballon de Barnès; il réussissait quelques fois à désenclaver le fibrome et à rétablir le cours des matières.

Sudes Hûe, de Rouen, vers 1875, essaya lui aussi de désenclaver la tumeur, quand elle était immobilisée dans le petit bassin et de l'élever dans la cavité abdominale au-dessus du détroit supérieur et de la maintenir dans cette position par un pessaire approprié.

Voici la technique employée :

La femme est placée dans la position genu-pectorale et on l'invite à respirer largement. Par deux doigts introduits, soit dans le vagin, soit dans le rectum, on exerce une pression de bas en haut de façon à lui faire franchir le détroit supérieur. Dans d'autres cas on pratiquait l'anús contre nature.

Actuellement l'opération est le seul traitement. Lorsque la situation est extrêmement grave, on pratique d'abord l'anús contre nature, comme opération d'attente, qui sera suivie ultérieurement d'une laparatomie médiane.

Lorsque l'état général le permet, il est préférable de faire d'emblée la laparatomie et d'enlever avec le fibrome, la cause de l'occlusion : l'hystérectomie subtotale est faite le plus souvent.

Il faut vraiment des conditions particulières pour essayer la réduction du fibrome de son enclavement.

Il en est de même lorsqu'on est en face d'une hernie étranglée, il faut des circonstances spéciales pour faire le taxis

Dans ce cas, il faut savoir se servir des méthodes surannées, puisqu'en réalité c'est à cette méthode que la malade du Dr Douay doit la vie.

Remarques tirées des faits observés dans cette thèse comparativement aux résultats obtenus par la radiothérapie des fibromes

1° L'observation II nous montre la régression spontanée d'un fibrome sous l'influence de la ménopause. Ce fibrome a été assez gros pour provoquer par sa masse des phénomènes d'occlusion par enclavement dans le bassin, ce qui laisse supposer que son diamètre était d'au moins 10 centimètres.

Revu 1 ans plus tard, il est devenu gros comme une grosse cerise, son diamètre est de 2 centimètres environ; il n'a pas disparu, mais il a régressé de $4/5^e$.

C'est là un fait bien connu des anciens cliniciens. Mais il est bon de le rappeler à un moment où la radiothérapie et la curiethérapie ont pris une importance considérable dans le traitement des fibromes.

Il est certain que si on avait fait des irradiations sur le fibrome, on ne manquerait pas d'attribuer ce succès à la radiothérapie, or cette malade n'a suivi aucun traitement.

Nous ne voulons pas dire par ce fait, qu'il est inutile d'irradier les fibromes, mais seulement que les rayons agissent en favorisant l'évolution curative

naturelle par la ménopause anticipée; c'est de cette façon qu'il faut s'en servir, aussi devient-il illogique d'irradier un fibrome qui grossit après la ménopause naturelle; de même, il nous paraît illogique de recommencer un traitement par les irradiations quand, la ménopause étant obtenue par les rayons, le fibrome continue à grossir. En s'acharnant à utiliser les irradiations, on rend un mauvais service à la malade. Au contraire, quand on lâche à temps les rayons pour prendre le bistouri, l'opération montre 9 fois sur 10 qu'on a rendu un bon service à la malade en la débarrassant de sa tumeur.

Il ne s'agit plus d'un fibrome pur, mais d'un fibrome compliqué, fibrome nécrosé ou sphacélé, fibrome œdémateux, fibrome en voie de dégénérescence, fibrome et cancer du corps, fibrome et kyste, fibrome et salpingite, fibrome avec polype intra-utérin, fibrome pédiculé, etc.

C'est là la conduite du Professeur Faure, et en assistant à ses opérations on peut se rendre compte, en voyant les pièces enlevées, que l'opération était utile.

Quand, d'autre part, on recherche les suites opératoires pour ces fibromes opérés, et que en prenant les opérées depuis un an on trouve 82 fibromes avec mortalité nulle, on est absolument convaincu de la réalité du service rendu aux malades.

2° Le deuxième point sur lequel nous voulons attirer l'attention est le danger apporté par la régression lente d'un fibrome abdominal. A un moment de sa régression, il atteint un volume exactement suffisant

pour pénétrer dans l'excavation pelvienne et s'y enclaver : c'est le cas qui s'est produit dans notre observation.

Jusqu'à présent, un cas semblable n'a pas été signalé après traitement par les irradiations. Mais on a déjà des observations où, après succès radiographique, le fibrome a presque régressé, l'insuccès clinique est certain, car les malades ont commencé à souffrir à partir du jour où le fibrome est tombé dans le bassin et a produit des troubles de compression nerveuse.

Pierre Fredet, dans sa communication à la Société de Chirurgie, mars 1922 (Utérus fibromateux traité par les rayons X), a dit : Nous reconnaissons tous les heureux effets de la radiothérapie, mais pour certains cas bien déterminés. Dire de cette méthode, à l'exemple de quelques spécialistes, qu'elle guérit toujours, c'est la desservir singulièrement.

Voici un fibrome qui a été traité par un radiologue très compétent.

Il a subi 18 irradiations hebdomadaires (disparition des règles à partir de la troisième irradiation), puis 4 irradiations complémentaires en octobre.

La tumeur qui était développée dans l'abdomen et remontait jusqu'à l'ombilic a légèrement diminué de volume, elle a fui sous la main du radiologue qui en était fort aise, mais c'était pour tomber dans le petit bassin, s'enclaver et y déterminer des phénomènes de compression.

Voici l'observation d'une malade du service de

M. J. L. Faure, que M. Douay a bien voulu me donner, qui est à rapprocher de celle de Fredet.

Il s'agit d'un fibrome abdominal traité par le radium.

La rétrocession de la tumeur a permis sa descente dans le bassin, d'où douleurs et prolapsus nécessitant une opération.

OBSERVATION IV (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le D^r Douay.)

Mme M..., âgée de 48 ans, entre le 25 octobre 1921 à l'Hôpital Broca, salle Récamier, pour gros fibrome utérin.

Elle présente très peu de troubles fonctionnels, le ventre a grossi progressivement, sans douleurs: elle est bien réglée, les règles sont plus abondantes dans le dernier mois, sans métrorragie à proprement parler, sauf pour la dernière période d'octobre 1921 où elle a perdu beaucoup de sang avec caillots. A l'examen l'utérus est gros, rond, dur, remontant jusqu'à l'ombilic, exactement à un demi-doigt au-dessous.

Il s'agit sans aucun doute d'un gros fibrome de la grosseur d'une tête d'enfant, sans douleur, sans annexite, sans fièvre, en un mot sans complication.

La malade est au voisinage de la ménopause: voilà les raisons qui engagent le Professeur à essayer le traitement par l'irradiation, malgré le volume de la tumeur.

Comme le col est facilement perméable à l'hystéromètre, qui présente jusqu'à 10 cent. de profondeur, on juge préférable de faire de la curiethérapie.

L'application du radium est faite le 27 octobre: 75 milligr. de bromure de barium ($Ba\ B^2 + 2\ H^2O$) en

quatre tubes de platine; ils sont mis dans un gros filtre de platine-or (épaisseur totale, 1^{mm} 5). Le filtrage secondaire est fait successivement par une lame mince d'aluminium et une enveloppe en caoutchouc de 2 millim. d'épaisseur. L'appareil est stérilisé par ébullition. On éprouve quelques difficultés à introduire l'appareil dans la cavité utérine, par suite d'une coudure de la cavité utérine à 6 cent. de profondeur. d'application est donc cervicale. Durée de l'application : 94 heures.

L'appareil a débité 29 millicuries.

Pendant l'application et les jours suivants aucune complication.

Cette malade a été suivie de moins en moins. Les règles ont été supprimées depuis l'application et d'une façon définitive.

Aucune perte à signaler depuis, le fibrome diminue progressivement, la cavité utérine mesurée à l'hystéromètre montre une régression rapide. 9 cent. $\frac{1}{2}$ au bout d'un mois, 8 $\frac{3}{4}$ après trois mois (janvier), 7 $\frac{1}{2}$ après cinq mois (mars).

En ce moment le fibrome a diminué de telle façon qu'il quitte la cavité abdominale pour descendre dans le bassin.

A partir de ce moment les douleurs apparaissent, douleurs de compression pelvienne; on observe en plus un prolapsus génital avec cystocèle très marquée, ses troubles fonctionnels déterminent la malade en vue d'une opération. S'il n'y a pas là, à proprement parler, d'échec de la curiethérapie, puisque le fibrome a passé de la grosseur d'une tête d'enfant au volume d'un poing, et que la cavité utérine a régressé de 10 cent. à 7 cent. $\frac{1}{4}$; mais ce succès anatomique a amené cette double complication des signes de compression pelvienne avec douleurs qui engagent la malade à se faire opérer, et un

prolapsus génital qui s'explique aisément du fait que le dôme vaginal n'est plus tiré en haut par la présence du volumineux fibrome.

Opération le 16 mars : hystérectomie subtotale sans adhérence, fibrome mobile; colpo-périnéorrhaphie antérieure et postérieure.

Suites opératoires très bonnes, pas de complications.

Sortie le 21^e jour sans complications.

De ces remarques, nous tirons ces conclusions :

Il ne faut pas demander à une bonne méthode plus qu'elle ne peut donner, c'est la discréditer que de masquer ses échecs. Il faut savoir utiliser la radiothérapie dans les cas favorables, mais savoir reprendre le bistouri dans les cas défavorables ou dans les cas où le résultat radiothérapique ne donne pas ce qu'on en attendait.

CONCLUSIONS

I. L'occlusion intestinale vraie par fibro-myome de l'utérus est une complication rare.

Nous en apportons une observation démonstrative. L'occlusion a porté sur la portion terminale du colon par enclavement brusque de la tumeur dans l'excavation pelvienne.

La diminution progressive du fibrome dûe à la ménopause semble avoir facilité cet enclavement.

La réduction manuelle a produit un bon résultat thérapeutique, cependant elle n'est pas à conseiller mais seulement à tenter dans certaines circonstances extra-médicales rendant l'opération impossible.

II. Un fibro-myome de l'utérus, assez volumineux pour s'enclaver dans le bassin, peut régresser presque complètement par suite de la ménopause, fait bien connu, mais qu'il est bon de rappeler aux radiothérapeutes.

III. Un fibrome en régressant peut produire des dou-

leurs et des accidents de compression en passant de l'abdomen dans le pelvis. Le traitement des fibromes utérins par les irradiations peut, dans quelques cas, causer des accidents analogues.

VU Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,
J.-L. FAURE.

VU et PERMIS d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

VU :

Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BÖCKEL. — Occlusion intestinale par fibrome (*Revue de Gynéco.*, 1899).
- BAUER. — Complication de fibromes utérins (*Thèse Strasbourg*, 1903).
- CAHIER. — Les occlusions aiguës de l'intestin, Paris, 1896.
- COFFIN. — Complication des fibromes (*Thèse Paris*, 1909).
- GOFFIN. — Etude sur les complications des fibromyomes de l'utérus (*Thèse Paris*, 1889).
- CZEMPIN. — Complications »des fibromes utérins, Berlin (*Kln Woch*, 1899).
- DUPLAY. — Traitement des fibromes utérins (*Presse Médicale*, 1900).
- J.-L. FAURE. — Curiethérapie des fibromes utérins (Rapport au Congrès de Gynécologistes Français, *Bulletin de la Société Chir.*, mars 1920).
- FLOCH. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale (*Thèse Lyon*, 1903).
- FREDET. — Utérus fibromateux traité par les rayons X (*Communication à la Soc. Chir. Paris*, mars 1922).
- KÖBERLE. — Compression du rectum par fibrome (*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*, 1869).
- MAZET. — Occlusion intestinale par les fibromyomes de l'utérus (*Thèse Bordeaux*, 1906).

PELLANDA. — La mort par fibromyomes de l'utérus
(*Thèse Lyon*, 1905).

SHÆMAKER. — Fibromes utérins au moment de la ménopause (*Philadelphia Méd. Journal*, 1903).

TRAWERS. — Occlusion par fibromyomes (*The British Gynecological Journal*, November, 1901).